

Artículo original

Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes

Characteristics of maternal education programs in primary health care settings in Madrid (Spain) and its attendees

Matilde Fernández y Fernández-Arroyo¹, Isabel Muñoz San Roque², Jorge Torres Lucas³

¹Matrona. Profesora de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad de Madrid. Hospital Universitario La Paz. Profesora colaboradora de la Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

²Profesora del Departamento de Educación, Métodos de Investigación y Evaluación. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. ³Profesor del Departamento de Educación, Métodos de Investigación y Evaluación. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas. Madrid

RESUMEN

Introducción: Los programas de educación maternal constituyen un servicio sanitario de la sanidad pública en España para disminuir la morbimortalidad maternoinfantil.

Objetivo: Describir los programas de educación maternal que se imparten en los centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid y recoger las características de la población que asiste.

Método: Estudio descriptivo. Muestra probabilística de 94 matronas (54,6% de las matronas de primaria de Madrid). Cuestionario de elaboración propia, validado. Análisis descriptivo. Programa SPSS.

Resultados: En relación con un estudio de 1997, las sesiones del primer y segundo trimestre de gestación han disminuido un 26,5%. Se mantienen las del tercer trimestre. Las de puerperio han aumentado un 22,5%. Mayor asistencia de parejas (48,5%). Las matronas reciben en los grupos a mujeres con más de tres niveles culturales diferentes en el 66,2%, y a mujeres inmigrantes de dos o más procedencias diferentes en el 77,5%. La media de asistentes por grupo es de 30.

Discusión: Los resultados permiten conocer la evolución de los programas en el sistema sanitario público de Madrid en los últimos 10 años y las características actuales de sus asistentes. Destaca el esfuerzo de las matronas para captar a las gestantes, a sus parejas y a las embarazadas inmigrantes, así como su trabajo para adecuar los programas a las necesidades propias de su población de referencia. También se

ABSTRACT

Introduction: Maternal education programs are one of the services provided by the Spanish public health service to reduce maternal and child morbidity.

Objective: Show the maternal education programs in primary health care settings in Madrid and collected the characteristics of the population who attended them.

Methods: Descriptive study. Probabilistic sample of 94 midwives (54.6% of the midwives in primary care in Madrid). Self-completion questionnaire, validated. Descriptive analysis SPSS program.

Results: In comparison with a study carried out in 1997, the number of sessions in the first and second trimester of pregnancy has decreased by 26.5%. The number of sessions has been maintained in the third trimester. Post natal sessions increased by 22.5%. Improved attendance by partners (48.5%). In 66.2% of the sessions the midwives had women from more than three different educational levels, and in 77.5% of the sessions immigrant women from two or more different areas of origin attended. Group size was on average 30.

Discussion: The results show the way these programs have evolved in the public health system in Madrid over the last 10 years and the characteristics of the women who currently attend sessions. One of the most notable features was the effort made by the midwives to attract pregnant women, their partners and pregnant women of immigrant origin to the sessions, and to make the sessions relevant to the needs of those at-

Fecha de recepción: 20/06/13. Fecha de aceptación: 10/09/13.

Correspondencia:

M. Fernández y Fernández-Arroyo.

Correo electrónico: mfernandezarroyo@gmail.com

Fernández y Fernández-Arroyo M, Muñoz San Roque I, Torres Lucas J. Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. *Matronas Prof.* 2014; 15(1): 20-26.

evidencian las necesidades de mejora, lo que permite diseñar estrategias para aumentar la calidad.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cuidados prenatales, educación embarazo/grupos de cuidado, educación para el parto, atención primaria, salud pública.

tending them. There was also evidence of the need to design strategies to increase the quality.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Ante partum care, centering pregnancy/group care, childbirth education, primary care, public health.

INTRODUCCIÓN

La salud de las mujeres y los niños, o salud maternoinfantil, es una de las prioridades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de cara a 2015¹. Para alcanzar este objetivo de salud, la OMS considera esencial trabajar por el «empoderamiento» (*empowerment*) de las personas^{2,3}. Uno de los 6 puntos clave para la guía de actuaciones que aparecen en la Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades establece que «las personas deben ser empoderadas para promocionar su propia salud, interactuar con los servicios sanitarios y participar activamente en la gestión de la enfermedad»⁴. Dentro de las estrategias sanitarias para desarrollar el empoderamiento de la población se enmarcan los programas de educación para la salud, y en el ámbito de la salud maternoinfantil los programas de educación maternal son el principal elemento de trabajo. Estos programas, que surgieron en Europa a principios del siglo xx para disminuir el dolor de los partos en el medio hospitalario, demostraron su eficacia, se extendieron y evolucionaron⁵⁻⁸.

El desarrollo de las técnicas analgésicas en el parto hospitalario hizo que el dolor dejara de ser la preocupación fundamental y que se planteara como objetivo principal de estos programas la educación a las madres y a los padres durante la gestación para preservar la salud maternoinfantil y favorecer la urdimbre afectiva. Los programas de parto sin dolor y psicoprofilaxis obstétrica evolucionaron hacia programas de educación para la maternidad/paternidad^{9,10}. En España, dada su importancia en la promoción de la salud maternoinfantil, se contemplaron en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud en 1986¹¹.

A escala internacional, hoy no se discute que la educación se inicia en el periodo prenatal, pero este desarrollo evolutivo de los programas, según la última revisión de la Biblioteca Cochrane Plus¹², no está siendo acompañado por estudios que determinen los beneficios actuales de la educación prenatal y permitan establecer los mejores enfoques educativos para su uso. Esta circunstancia hace imprescindible que se retomen las investigaciones en este campo^{9,10,12-20}, máxime cuando se conoce el impacto de las intervenciones educativas en salud sobre el empoderamiento de los asistentes^{21,22}.

La salud de las mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio es una prioridad a escala mundial¹ y los altos niveles de inmigración internacional denotan mayores tasas de problemas de salud maternoinfantil en esta población²³⁻²⁵. Es por ello que se hace necesario conocer las características de los programas que se imparten en nuestro sistema sanitario, así como las características de sus asistentes, teniendo en cuenta la importancia de la captación de mujeres inmigrantes²⁵.

En España sólo se han encontrado dos trabajos que incluyan toda una comunidad autónoma (la Comunidad de Madrid [CM]) y que hagan referencia a las principales características de los programas de educación maternal (EM) en el ámbito de la sanidad pública^{26,27}; pero no se han encontrado trabajos que recojan las características de la población que asisten. En el siglo XXI, con todos los grandes cambios que se han producido en la vida social y familiar, con la inmigración y la pluriculturalidad actual, se hace necesario conocer las características de los asistentes para poder planificar programas de calidad adecuados a sus necesidades²⁸⁻³⁰. Por ello, dentro de un amplio trabajo sobre estos programas, se plantea en esta publicación el objetivo de describir los programas de educación maternal que se imparten en los centros de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid y recoger las características de la población que los recibe.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado en los centros de atención primaria de las 11 áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid (España). La muestra probabilística estimada por análisis de la variabilidad del cuestionario para un intervalo de confianza del 95% para un promedio tendría una amplitud de $\pm 0,99$ puntos con un tamaño de 44. Para garantizar la representatividad de las 11 áreas sanitarias se determinaron 4 matronas por área.

Se invitó a participar en el estudio a toda la población de matronas de atención primaria que cumplieran el criterio de inclusión de impartir el programa (172). Se recibieron 94 solicitudes (54,6%) de participación, que cumplieran el criterio de representatividad de las diferen-

tes áreas sanitarias y se aceptaron. El periodo de estudio en el que la información, los cuestionarios y los consentimientos informados fueron enviados y recibidos fue entre el 1 de octubre de 2007 y el 31 de enero de 2008. La recogida de datos se realizó a través de la aplicación de un cuestionario de 21 ítems cerrados de elaboración propia, previamente validado por expertos y probado en una prueba piloto de 10 matronas. Las variables de estudio, 11 características de los programas y 10 características de la población, fueron determinadas a partir de la revisión bibliográfica y la opinión de los expertos. El procesamiento y análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 1.4, y se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables definitorias de la muestra de estudio.

En el caso de las variables cualitativas se calcularon las frecuencias absolutas y relativas para cada categoría, y para las variables cuantitativas se estudiaron las medidas de tendencia central (media) y las medidas de dispersión (desviación estándar). En todas ellas se contempló como nivel de significación estadística $p < 0,05$. El proyecto fue aprobado por el Departamento de Educación, Métodos de Investigación y Evaluación de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas (España), teniendo en cuenta las directrices de la legislación vigente (consejo internacional de revisión, IRB) en cuanto a investigación y consideraciones éticas.

RESULTADOS

Se recibieron 94 cuestionarios, lo que corresponde al 54,6% del total de las matronas de atención primaria de la CM. La representación de las 11 áreas sanitarias de la CM fue superior al 29% en todas las áreas, con una media de representación del 55%.

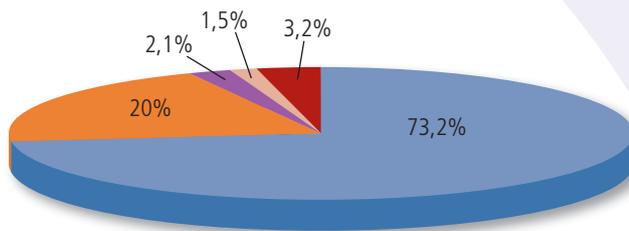
Características del programa. Los principales resultados de este apartado se exponen en la tabla 1. Se aprecia que las matronas de atención primaria *siguen esencialmente el mismo programa* en el 89,1% de los casos, y en el 78,5% de los casos lo imparten sin la colaboración de otros profesionales. Los profesionales que colaboran en la impartición del programa son: enfermer@s (9,7%), médic@s (6,5%), asistentes sociales (4,3%), fisioterapeutas (3,2%) y psicólog@s (2,2%).

Características de las mujeres que asisten. *El tipo de población* que asiste es urbana en el 76,3%, rural en el 5,4% y mixta en el 18,3% de los casos. *El nivel económico de la población* es alto en un 3,2%, medio-alto en un 20,4%, medio en un 73,1%, medio-bajo en un 9,7% y bajo en un 9,7%. Si analizamos el porcentaje de matronas que

Tabla 1. Características de los programas de educación para la maternidad/paternidad en la Comunidad de Madrid

Tipo de programa de educación maternal impartido	Programa Insalud (1995)	2,2%	N= 2	
	Adaptado por el área de salud	29%	N= 27	
	Adaptado por la matrona	68,8%	N= 64	
Niveles del programa que se imparten	1.º nivel (1.º y 2.º trimestre estación)	45,5%	N= 42	
	2.º nivel (3.º trimestre gestación)	100%	N= 93	
	3.º nivel (puerperio)	74,2%	N= 69	
Número de sesiones que se imparten en cada nivel	1.º nivel	<2 sesiones	69%	N= 29
		2 o más sesiones	31%	N= 13
	2.º nivel	<6 sesiones	6,5%	N= 6
		6 o más sesiones	93,5%	N= 87
	3.º nivel	<2 sesiones	20%	N= 14
		2 o más sesiones	80%	N= 55
Horario en que se imparte el programa	Mañana	15,1%	N= 14	
	Tarde	9,7%	N= 9	
	Mañana y tarde	75,3%	N= 70	
Media de mujeres por grupo	<15	16,1%	N= 15	
	Entre 15 y 24	67,7%	N= 63	
	Entre 25 y 34	15,1%	N= 14	
	>34	1,1%	N= 1	
Media de parejas por grupo	<5 parejas	23,7%	N= 22	
	Entre 5 y 9 parejas	49,5%	N= 46	
	Entre 10 y 14 parejas	18,3%	N= 17	
	Entre 15 y 19 parejas	6,5%	N= 6	
	>20 parejas	2,2%	N= 2	
Tasa de abandono del programa	<5%	66,7%	N= 62	
	Entre el 5 y el 9%	19,4%	N= 18	
	Entre el 10 y el 14%	5,4%	N= 5	
	Entre el 15 y el 19%	3,2%	N= 3	
	Entre el 20 y el 24%	4,3%	N= 4	
	>25%	1,1%	N= 1	

atienden a poblaciones con niveles económicos diferentes, nos encontramos con que el 73,2% atiende a una población de un solo nivel económico, frente a un 26,8% que atiende a mujeres de diversos niveles socioeconómicos, siendo el máximo de niveles diferentes que llegan a atender de 5 (media= 1,4) (figura 1). *El nivel de estudios de las mujeres* es: licenciadas o con estudios superiores 53,8%, diplomadas 71%, formación profesional 61,3%, bachillerato 61,3% y enseñanza obligatoria 57%. Si ana-



- Asiste población de 1 nivel económico
- Asiste población de 2 niveles económicos
- Asiste población de 3 niveles económicos
- Asiste población de 4 niveles económicos
- Asiste población de 5 niveles económicos

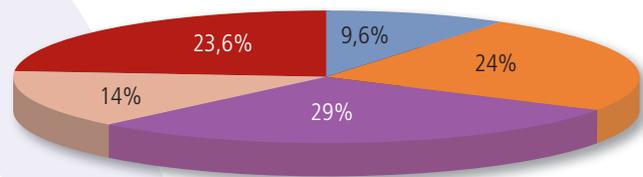
Figura 1. Porcentajes de población con diferentes niveles económicos que asisten simultáneamente a los programas de educación para la maternidad/paternidad en la Comunidad de Madrid

lizamos el porcentaje de matronas que atienden a poblaciones con niveles culturales diferentes, nos encontramos con que el 9,6% de las matronas trabajan con mujeres de 1 nivel cultural, el 23,6% con mujeres de 2 niveles culturales, el 29% con mujeres de 3 niveles culturales, el 13,6% con mujeres de 4 niveles culturales y que el 23,6% de las matronas trabajan con mujeres de 5 niveles culturales diferentes (media= 3) (figura 2). El resultado del resto de características de la población puede verse en la tabla 2, donde se presenta el porcentaje de matronas que reciben en los programas a mujeres inmigrantes con distinta procedencia, observándose que el 22,6% de las matronas trabajan con mujeres de 1 sola zona de procedencia, el 61,3% trabaja con mujeres inmigrantes de 2 zonas diferentes, el 11,8% trabaja con mujeres de 3 zonas de procedencia, el 2,2% trabaja con mujeres de 4 zonas de procedencia, el 0% trabaja con mujeres de 5 zonas de procedencia y el 2,2% trabaja con mujeres de 6 zonas diferentes de procedencia (media= 2; desviación típica= 0,88) (figura 3).

DISCUSIÓN

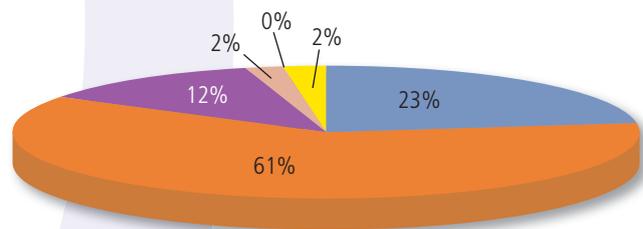
La mayor limitación es haber circunscrito el estudio a la CM, por lo que dentro del Estado español sólo conocemos las características de esta autonomía. Esta circunstancia es también el mayor valor del trabajo, ya que puede ser un referente para que otras comunidades, de forma individual o desde una perspectiva interterritorial, planteen investigaciones sobre las características del programa y sobre la población que participa en la actividad educativa en el Sistema Nacional de Salud.

En el estudio han participado el 54,6% de las matronas de atención primaria que imparten los programas



- Asiste población de 1 nivel cultural
- Asiste población de 2 niveles culturales
- Asiste población de 3 niveles culturales
- Asiste población de 4 niveles culturales
- Asiste población de 5 niveles culturales

Figura 2. Porcentajes de población con diferentes niveles culturales que asisten simultáneamente a los programas de educación para la maternidad/paternidad en la Comunidad de Madrid



- Asisten inmigrantes de 1 procedencia
- Asisten inmigrantes de 2 procedencias
- Asisten inmigrantes de 3 procedencias
- Asisten inmigrantes de 4 procedencias
- Asisten inmigrantes de 5 procedencias
- Asisten inmigrantes de 6 procedencias

Figura 3. Porcentajes de mujeres inmigrantes de diferente procedencia que asisten simultáneamente al programa de educación para la maternidad/paternidad en la Comunidad de Madrid

de EM, y su distribución en las diferentes áreas sanitarias es representativa, por lo que los resultados se pueden extrapolar a toda la comunidad. En la revisión bibliográfica se han encontrado dos trabajos en la CM de características similares^{26,27}, lo que permite comparar los datos para analizar la evolución de los programas en los últimos 10 años y plantear medidas de mejora.

Características de los programas de educación maternal.

Los resultados indican que las matronas tienen muy elaborados los programas, ya que siguen el mismo programa todo el año. Los programas de las instituciones sanitarias resultan orientativos, ya que las matronas refieren la elaboración de sus propios programas en función de las demandas de su población. Si comparamos los datos de los niveles de educación maternal y de las sesiones que se dan en cada nivel con el estudio de 1997²⁶, podemos apreciar algunos cambios. En el primer nivel (sesiones del primer y segundo trimestre de gestación) el volu-

Tabla 2. Características de la población inmigrante que acude a los programas de educación para la maternidad/paternidad en la Comunidad de Madrid

Variables	Datos agrupados en %	Resultados
Porcentaje de población inmigrante que acude al programa	<9%	38,7%
	Entre el 10 y el 19%	22,6%
	Entre el 20 y el 29%	6,5%
	Entre el 30 y el 39%	9,7%
	Entre el 40 y el 49%	10,8%
	Entre el 50 y el 59%	6,5%
	Entre el 60 y el 69%	2,2%
	Entre el 70 y el 79%	3,3%
Cinco categorías no excluyentes		
Origen de la población inmigrante que acude al programa	Europa del Este	79,6%
	América del Centro-Sur	91,4%
	África del Norte	79,6%
	África del Centro-Sur	9,7%
	India	2,2%
	Asia	5,4%

men de impartición ha descendido en un 26,5% en 2008, pero, a su vez, el número de sesiones que lo componen ha aumentado de 1 a 3 sesiones en un 15% de los centros. En el segundo nivel (sesiones del tercer trimestre de gestación) no se han observado cambios con respecto a 1997, y se imparte en el 100%. En el tercer nivel (sesiones de puerperio) se ha incrementado el nivel de impartición en un 22,5% y el número de sesiones ha aumentado en un 67,5%. Si se relacionan los datos sobre la impartición de los niveles con los de asignación de población por matrona, se aprecia que, a pesar del gran incremento de asignación de población/matrona, las matronas han mantenido en el mismo rango el número de sesiones del segundo nivel para el mayor volumen de población y han aumentado el volumen y el número de sesiones del puerperio. Esto puede reflejar la importancia que las matronas dan al segundo nivel del programa y al aumento de las necesidades de las mujeres en el puerperio. *La flexibilidad de horario* ha aumentado un 46,3% con respecto a los datos de 1997, lo que refleja un esfuerzo por aumentar la captación. Los resultados indican que la *media de mujeres en los grupos* de EM ha aumentado de 13 en el estudio del 1997 a 20 en 2008. *La media de parejas que acuden con sus mujeres* a los programas ha aumentado respecto al estudio de 1997 en un 48,5%. Este cambio puede haberse debido a la flexibilización de los horarios y a la mejora del planteamiento de participación

de las parejas en los programas. En el estudio de 1997 había un 4,9% de matronas que no contemplaban a las parejas, y en 2008 todas las matronas las contemplan. Este aumento de parejas que se preparan para los cambios que conlleva la llegada de un hijo representa un dato importante para la salud materno-infantil. Finalmente, si sumamos la media de las mujeres, 20, y la media de parejas que acuden, 10, obtenemos un total de 30 asistentes. Para este tipo de programas educativos se recomienda un máximo de 15 asistentes³¹; tener el doble de asistentes nos alerta sobre la necesidad de desarrollar medidas para preservar la calidad de los programas.

Características de las mujeres que asisten a los programas. Los resultados indican un incremento de un 24,6% de mujeres de área urbana respecto al estudio de 1997, que puede ser debido al crecimiento de la ciudad de Madrid. La distribución del *nivel económico* no ha variado con respecto al estudio de 1997. La baja asistencia de mujeres de los niveles alto (3%) y medio-alto (20%) puede estar relacionada con su mayor posibilidad de asistir a los programas que se ofertan desde la sanidad privada. Sin embargo, que las mujeres de nivel económico bajo acudan al programa en un porcentaje del 10% resulta preocupante y hace pensar que deberían elaborarse estrategias para captar en mayor medida a estas mujeres que pueden tener mayores necesidades. En cuanto a los porcentajes sobre el *nivel de estudios* no se han encontrado trabajos con los que comparar. En nuestro estudio, las mujeres se diferencian más por la variedad de niveles culturales que por los niveles económicos. Es de reseñar que, en un 94%, a los programas asisten simultáneamente mujeres de distintos niveles culturales. Este dato habla de una mayor dificultad a la hora de planificar y diseñar los programas, puesto que con el nivel cultural pueden variar las necesidades, la comprensión, el lenguaje, los recursos personales, etc. *El porcentaje de población inmigrante* es un dato muy novedoso, y es mayor al 9% en el 61,6% de los casos. Este grado de captación de población inmigrante puede reflejar un avance en el desarrollo de la integración de la mujer y de su hijo en los cuidados de salud, y una excelente medida de promoción de la salud materno-infantil en una población de especial riesgo²⁵. Los datos del *origen de la población inmigrante* indican que la captación es adecuada cuando se refiere a Centroamérica-Sudamérica y a mujeres de Europa del Este, pero es baja para el resto de procedencias³², lo que nos indica que habría que hacer un esfuerzo para captar a las mujeres inmigrantes cuya procedencia corresponda a África, Asia e India. El análisis del porcentaje de matronas que reciben en los programas a mujeres inmigrantes con dife-

rente procedencia muestra que en el 77,4% de los programas las matronas trabajan con mujeres inmigrantes de por lo menos dos procedencias distintas. Este dato añade complejidad a la impartición de los programas por problemas de lenguaje, de comprensión, de mitos, de miedos y de comportamientos propios de cada cultura. Los datos del *número de mujeres asignadas por matrona* han experimentado un importante incremento. En 1997, en el 68,3% de los casos la población asignada por matrona oscilaba entre 3.500 y 7.000 mujeres. En 2008 se aprecia un incremento del 63,9% en las matronas con asignación de población superior a 7.501 mujeres. Este dato es preocupante. Según la OMS, las matronas tienen un papel fundamental en el desarrollo de la salud sexual y reproductiva³³, por lo que este aumento de la población asignada difícilmente permitirá el desarrollo de todas sus competencias³⁴; además, habría que conocer sobre qué actividades se están priorizando los programas de EM. Los datos del *número de embarazos nuevos al año* han aumentado en proporción al aumento de la población asignada por matrona y al incremento del índice sintético de fecundidad³⁵. El número de embarazos nuevos al año se ha incrementado en un 71,5% con respecto al estudio de 1997, siendo en un 34,4% superior a 300 embarazos nuevos por matrona/año. Teniendo en cuenta el tiempo que dura el programa, 10 meses, las cifras revelan por sí solas el riesgo de disminución de la calidad en este programa. La *media de consultas diarias por matrona* es superior a 15 en el 66,7% de los casos. Si se considera que las matronas dedican entre un 30 y un 40% de su tiempo a los programas de EM y que las consultas de embarazo y puerperio en las que hay que resolver miedos y dudas y planificar cuidados son superiores a los 15 minutos, se puede apreciar lo elevado de la cifra.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El trabajo evidencia el esfuerzo organizativo realizado para aumentar la asistencia, con una mejor oferta de horarios y con estrategias para captar a las parejas y a la población inmigrante. Asimismo, se aprecia la necesidad de continuar este esfuerzo en determinadas procedencias de inmigración que han mostrado una mayor dificultad de captación. También permite ver la inquietud de los profesionales por adecuar los programas a la población de referencia. Las ratios de población por matrona y de número de consultas de matrona al día alertan del riesgo de pérdida de realización de actividades de matrona de atención primaria y de calidad de los programas educativos que se imparten, por el volumen y la diversidad de las características de la población que asiste.

El trabajo refleja la necesidad internacional de investigar en este ámbito para desarrollar estrategias de autocuidado de los participantes que disminuyan la morbi-mortalidad maternoinfantil¹²⁻²⁰. De todas las propuestas de investigación que se derivan del presente trabajo se beneficiarán las instituciones sanitarias estatales (que conocerán mejor un programa de cartera de servicios), los profesionales de la salud (que administrarán cuidados más adecuados y eficaces) y todas las futuras madres y padres (que podrán recibir una atención sanitaria que facilite su empoderamiento).

AGRADECIMIENTOS

A todas las matronas de atención primaria por su valiosa participación. A los departamentos de Investigación, Ética y Estadística del Hospital Universitario La Paz, y al Departamento de Evaluación de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid por su colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe del decenio sobre el seguimiento de la supervivencia materna, neonatal e infantil. 2010. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/Countdo wn_2010_es.pdf [acceso 27 de septiembre de 2012].
2. Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf> [acceso 27 de septiembre de 2012].
3. Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf> [acceso 27 de septiembre de 2012].
4. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005. Disponible en: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912_1 [acceso 27 de septiembre de 2012].
5. Lamaze F. Qué es el parto sin dolor por el método psicoprofiláctico: sus principios, su realización, sus resultados. Madrid: Aguilar, 1967.
6. Aguirre de Cárcer A, Carnero JM, Gordo Méndez R. Educación maternal: preparación a la maternidad por sofropedagogía obstétrica, 1.ª ed. Madrid: Aguirre de Cárcer, 1979.
7. Artieta Pinedo MI, Paz Pascual C. A review of the usefulness of maternal education. *Rev Enferm.* 2006; 29(12): 24-32.
8. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernández de Gamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, Payo J. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res.* 2010; 59(3): 194-202.
9. Manant A, Dodgson JE. Centering pregnancy: una revisión de la literatura integrativa. *J Midwifery Womens Health.* 2011; 56(2): 94-102.
10. Novick G. Women's experience of prenatal care: an integrative review. *J Midwifery Womens Health.* 2009; 54: 226-37.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Educación para la Maternidad. Tomos I y II. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General, 1995.
12. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; 3: CD002869.
13. Hanson L, VandeVusse L, Roberts J, Forristal A. A critical appraisal of guidelines for antenatal care: components of care and priorities in prenatal education. *J Midwifery Womens Health.* 2009; 54(6): 458-68.

14. Likis FE. Prenatal education: enduring and essential. *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54(6): 429.
15. Walker DS, Visger JM, Rossie D. Contemporary childbirth education models. *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54(6): 469-76.
16. Di Mario S, Basevi V, Gori G, Spettoli D. ¿Cuál es la eficacia de la atención prenatal? Copenhague: Organización Mundial de la Salud, 2005. Disponible en: www.euro.who.int/Document/E87997.pdf [acceso 27 de septiembre de 2012].
17. Tillett J. Developing guidelines and maintaining quality in antenatal care. *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54(3): 238-40.
18. Karen A. Baldwin comparison of selected outcomes of centering pregnancy versus traditional prenatal care. *J Midwifery Womens Health*. 2006; 51(4): 266-72.
19. Holroyd E, Twinn S, Ip WY. Chinese women's perception of effectiveness of antenatal education. *Br J Midwifery*. 2011; 19(2): 92-8.
20. Svensson JL. Antenatal education: meeting consumer needs a study in health services development [tesis]. Sydney: University of Technology, 2005.
21. Campbell ML, Teghtsoonian K. Aid effectiveness and women's empowerment: practices of governance in the funding of international development. *Signs (Chic)*. 2010; 36(1): 177-202.
22. Asoh DA, Rivers PA. The empowerment and quality health value propositions of e-health. *Health Serv Manage Res*. 2010; 23(4): 181-4.
23. Gagnon AJ, Dougherty G, Wahoush O, Saucier JF, Dennis CL, Stanger E, et al. International migration to Canada: the post-birth health of mothers and infants by immigration class. *Soc Sci Med*. 2013; 76(1): 197-207.
24. Merry LA, Gagnon AJ, Kalim N, Bouris SS. Refugee claimant women and barriers to health and social services post-birth. *Can J Public Health*. 2011; 102(4): 286-90.
25. Pedersen GS, Mortensen LH, Gerster M, Rich-Edwards J, Andersen AM. Preterm birth and birthweight-for-gestational age among immigrant women in Denmark 1978-2007: a nationwide registry study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2012; 26(6): 534-42.
26. Fernández M, Sánchez MI, Blanco ML, Cenjor M, Díaz J, Elena A, et al. Análisis de los programas utilizados por las matronas en Educación para la Maternidad en los distintos centros de la Comunidad de Madrid. *Matronas Hoy*. 1999; 12(1): 6-14.
27. Gallardo Y, Sánchez MI. Opinión de las matronas de atención primaria de Madrid sobre la evolución de los programas de educación maternal. *Matronas Prof*. 2007; 8(1): 5-11.
28. Expósito E, Olmedo EM, Fernández A. Patrones metodológicos en la investigación española sobre evaluación de programas educativos. *Relieve*. 2004; 10(2): 185-209. Disponible en: http://www.uv.es/RELIEVE/v10n2/RELIEVEv10n2_2.htm [acceso 27 de septiembre de 2012].
29. Cabrera FA, Donoso T, Aneas A, Del Campo J, Murugó AP. Valoración de la satisfacción de usuarios de programas sociales: propuesta de un modelo de análisis. *Rev Educación (Madrid-MEC)*. 2010; 351: 311-36.
30. Parto de conexión. La transformación de la maternidad. Atención: las partes interesadas, informes y recomendaciones del grupo de trabajo. Disponible en: <http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10626> [acceso 27 de septiembre de 2012].
31. Serrano MI. La educación para la salud del siglo XXI, 2.ª ed. Madrid: Díaz de Santos, 2002.
32. Observatorio de Inmigración-Centro de Estudios y Datos. Informe sobre población extranjera en la Comunidad de Madrid. Junio de 2009. Madrid: Comunidad de Madrid, 2010. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DInforme+poblaci%C3%B3n+extranjera+en+la+Comunidad+de+Madrid+Junio+2009.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalInmigrante&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220577897980&ssbinary=true> [acceso 27 de septiembre de 2012].
33. World Health Organization (WHO). Reproductive health strategy. 57 World Health Assembly. 2004. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8.pdf [acceso 27 de septiembre de 2012].
34. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo. Boletín Oficial del Estado. Núm. 129. Jueves 28 de mayo de 2009. Sec. III. Pág. 44.697. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaObstetricoGineMatronas.pdf> [acceso 27 de septiembre de 2012].
35. Instituto de Estadística. Anuario Estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2010. Madrid: Comunidad de Madrid, 2010. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/general/anuario/ianu.htm> [acceso 27 de septiembre de 2012].

XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas (Valencia, 14-17 de mayo de 2014)

¡Bienvenidas al XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas!

Valencia nos brinda una cálida acogida durante estos cuatro días en los que, bajo el lema «Por la ciencia y la convivencia», matronas de toda España vamos a compartir conocimientos científicos, experiencia profesional y valores sociales. Nuestro colectivo tiene como objetivo responder a las necesidades sociales y sanitarias de las mujeres y las familias, y sin duda encuentros como este Congreso nos dan la oportunidad de poner en común nuestra labor y progresar en la calidad y excelencia de nuestra profesión.

Gracias por vuestra asistencia. Para quienes no puedan estar aquí, en breve podrán disponer de la crónica del Congreso en la web de *Matronas Profesión*.

Más información:

www.aesmatronas.com

